Ф.И.О.:        Пол:

Телефон:       Электронная почта:

Рост:     см Вес:     кг Дата рождения:   .   .

У вас диагностирован рак?

[ ]  нет [ ]  да,

 точный диагноз (микроскопический анализ):
 (например протоковый рак молочной железы), (дата)   .   .

Операция

[ ]  нет [ ]  да, название вмешательства:      , (дата)   .   .

Метастазы

[ ]  нет [ ]  да, где:

Облучение

[ ]  нет [ ]  да, начато (дата)   .   .     , получено    количество, вся доза:

Химиотерапия (лечение цитостатическими препаратами)

[ ]  нет [ ]  да, начато (дата)   .   .     , получено    количество

Гормональное лечение

[ ]  нет [ ]  да, начато (дата)   .   .     , название препарата:

Возможность предоставить важные выписки из истории болезни

[ ]  нет [ ]  да

Возможность предоставить микроскопические стекла с биопсией

[ ]  нет [ ]  да

Возможность предоставить рентгеновские снимки, магнитно-резонансовые исследования

[ ]  нет [ ]  да

Есть ли у вас другие заболевания и какое лечение получаете

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заболевание | Началось | Болеете до сих пор/Вылечены | Лечение |
|       |       |  |  |
|       |       |  |  |
|       |       |  |  |

Постоянные лекарственные препараты

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Лекарство (название) | Доза | Количество препарата в день | Когда начали принимать лекарство (приблизительно) |
|       |      |      / день |       |
|       |      |      / день |       |
|       |      |      / день |       |

Какие обезболивающие препараты вы принимали в течение вчерашнего дня?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Лекарство (название) | Доза | Количество препарата в день | Когда начали принимать лекарство (приблизительно) |
|       |      |      / день |       |
|       |      |      / день |       |

Общее состояние здоровья (ответ на все вопросы по шкале от 1-10; 1- очень плохое, 10 -очень хорошее)

* как Вы чувствуете себя сегодня:
* как проходят недолгие прогулки на улице:
* боли в покое:
* боли при движении:

В каком возрасте начались месячные:    В каком возрасте месячные закончились:

Какое гормонозаменяющее лечение получаете

[ ]  не использую    в течение года

Другие важные данные которым хотите с нами поделиться: